

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

© Андрейчин Ю.М., Протасевич Г.С., Іщук І.С., Ніколов В.В., 2012
УДК 616.288.7-002.364

Ю.М. Андрейчин, Г.С. Протасевич, І.С. Іщук, В.В. Ніколов

БЕШИХА ВУШНОЇ РАКОВИНИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Висвітлено дані літератури про етіологію, клінічні прояви, діагностику, диференційну діагностику, лікування, наслідки, ускладнення, рецидиви, прогноз і профілактику бешихи вушної раковини.

Ключові слова: бешиха, вушна раковина.

Література стосовно бешихи вушної раковини нечисельна. Це захворювання описувалось тільки в деяких посібниках і підручниках [1-3]. А от наукових публікацій у журналах і збірниках про бешиху вушної раковини в доступній літературі ми не знайшли. У сучасних підручниках з оториноларингології про бешиху не описується взагалі. В фундаментальних навчальних посібниках, розрахованих для лікарів інфекціоністів, сімейних лікарів [4-6] при описанні цієї інфекції згадки про бешиху вушної раковини немає. Не згадується про цю патологію вушної раковини в існуючих класифікаціях захворювань зовнішнього вуха [7].

Вчення про бешиху вушної раковини знаходиться на стику трьох медичних спеціальностей: отології, інфектології, дерматології. Це створює відповідні труднощі при діагностиці, проведенні раціонального етіологічного і патогенетичного лікування, вироблення дійових заходів профілактики і реабілітації відповідного контингенту хворих. Однак до нинішнього часу немає оглядових публікацій, в яких ці питання були б систематизовані і узагальнені, розглядались комплексно. Тому, на нашу думку, доцільно надати власний огляд літератури стосовно бешихи вушної раковини, тим паче, що це захворювання недостатньо знайоме практикуючим лікарям.

Загальні відомості. Бешиха вушної раковини (*Erysipelas auriculae*) є досить частим і до недавнього часу небезпечним для життя захворюванням внаслідок його прогресування і поширення на волосисту частину голови, слизову оболонку верхніх дихальних шляхів, очей та ін. Про те, що бешиха буває на вушній раковині, писало багато авторів [8-11]. У дітей бешиха вушної раковини трапляється рідко [8, 9]. Частіше уражається одна вушна раковина або рідше – обидві.

Бешиха може виникати первинно на вушній раковині і переходити на обличчя і голову [8, 9] чи вторинно при переході процесу з шкіри обличчя і голови на вушну раковину [8, 10]. Первинна бешиха вушної раковини, розповсюджуючись на обличчя і голову, іноді по зовнішньому слуховому ходу переходить на барабанну перетинку і спричиняє прободіння її [8].

Етіологія. Бешиха вушної раковини розвивається внаслідок проникнення в шкірні покриви β -гемолітичного стрептокока у разі порушення їх цілості, що може бути при розчулах слухового ходу або подразненні шкіри ексудатом, коли є гнійний середній отит, екзематозне ураження зовнішнього вуха, внаслідок свербіжів, при травмі [10, 12-14], фурункульозі та інших захворюваннях [8-10]. Найчастішою причиною бешихи вушної раковини є розчули шкіри при зовнішніх отитах, при яких можливе безпосереднє занесення інфекції пальцями, сірником, шпилькою тощо. Ці розчули особливо небезпечні за наявності гноетечі зі середнього вуха.

Бешиха буває як ускладнення відмороження вушної раковини [11]. В генезі бешихи нерідко відмічається алергічний фактор (рецидивна, звична бешиха) [8-11].

Клінічні прояви. Клінічний перебіг бешихи вушної раковини залежить від властивостей мікроба, реактивності організму та інтенсивності запального процесу. Якщо останній займає всю вушну раковину, то вона збільшується в об'ємі і стає червоною й набряклою. Неймовірно опухлі вуха випинаються вперед. У разі, якщо запальний процес захоплює лише обмежену ділянку вушної раковини, то це місце підвищується над здоровою шкірою, утворюючи чітко виражені межі [8-11, 15].

Бешиха перебігає з лихоманкою, високою температурою тіла [8, 11, 15]. Суб'єктивно хворі відмічають сильні болі в ділянці ураженого вуха, паління і запалення [8-11, 15]. Найлегший дотик до вуха підсилює біль. Шкіра вушної раковини і сусідніх ділянок гаряча, припухла, набрякла, гіперемійована, блискуча. Уражені ділянки чітко відок-

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

ремлені неправильними язикоподібними виступами від навколишньої здорової шкіри. Проте у дітей цих характерних ознак майже не буває [15]. При обмеженому запаленні уражена ділянка різко відмежована від оточуючої шкіри як забарвленням, так і припухлим валком [10, 15, 16].

Спостерігається значне порушення загально-го стану [9, 10, 15, 16]. Хворий втрачає сон, апетит. Часто відмічається нудота, блювання. Пульс і дихання почащуються, підвищується температура тіла до 38-39 °С. У легких випадках інтоксикаційний синдром менш виразний. Перебіг бешихи у дітей залежить від їх віку: у новонароджених і немовлят спостерігається тяжкий перебіг, у дітей шкільного віку – легший. В тяжких випадках бешиха може прийняти затяжний характер, часом затихаючи або загострюючись [17].

Почервоніння і припухлість часто розповсюджується на соскоподібний відросток [15-17], іноді ці зміни помилково розглядаються як ознака мастоїдиту [16]. Бешиха може розповсюджуватись на зовнішній слуховий хід, барабанну перетинку, викликаючи її прободіння. Іноді процес при цьому переходить на слизову оболонку барабанної порожнини і зумовлює виникнення запалення середнього вуха, так званий бешиховий середній отит [18, 19]. При бульозній формі бешихи, в результаті відшарування епідермісу ексудатом, утворюються пухирі різної величини на шкірі вушної раковини із серозним вмістом [10, 11, 15, 16].

Діагностика. В типових випадках діагноз бешихового запалення не представляє труднощів і встановлюється на підставі появи лихоманки і різкого підвищення температури тіла за наявності вираженого почервоніння з чіткими межами, припухлістю, гіперестезією шкіри [4, 5, 8-11, 15]. Відсутність почервоніння (у різко ослаблених хворих) чи маскування його мазями (іхтіол) значно утруднюють діагностику [10, 11, 15]. В цих випадках наявність тяжкої інтоксикації, підвищення температури тіла і виявлення по периферії ураження шкіри припіднятого запального валка, що відзначається різкою болючістю, дозволяє правильно діагностувати бешиху [15].

Диференційна діагностика. Зменшення запального процесу шкіри вушної раковини протягом 2-3 днів при призначенні у перші дні захворювання антибіотиків та еритемних доз ультрафіолетового опромінювання, а також відповідний анамнез дають можливість диференціювати бешиху з іншими захворюваннями вушної раковини – з перихондритом раковини, еритемами, дерматитами [18, 19].

У разі перихондриту вушної раковини мочка в процес не втягується [19]. На відміну від еритем чи дерматитів, для бешихового запалення характерні: раптовий початок з відчуттям мерзлякуватості і підвищенням температури тіла, одночасний розвиток різко відмежованого почервоніння і набряку шкіри, чіткий валок на межі зі здоровою шкірою. Крім того, при бешихі виражена болючість ураженої шкіри, особливо по периферії зони ураження, чого не буває при еритемах і дерматитах [18].

Різке почервоніння і припухлість соскоподібного відростка можуть помилково розглядатись як ознака мастоїдиту [19-25]. Диференційна діагностика між бешихою і мастоїдитом за відсутності змін барабанної перетинки нетрудна. При мастоїдиті спостерігаються запальні зміни барабанної перетинки, при бешиховому запаленні перетинка, як правило, інтактна [24]. У разі гнійного середнього отиту диференційний діагноз може бути проведений лише після спостереження за розвитком картини хвороби протягом 2-3 днів. Подальше розповсюдження почервоніння і припухлості за межі вуха і соскоподібного відростка вказує на бешиховий характер запалення. Якщо бешиха розповсюджується на середнє вуха і виникає гостре гнійне запалення цього вуха, неважко змішати бешиху соскоподібного відростка з мастоїдитом.

Лікування. Лікування бешихи вушної раковини, як і інших локалізацій, проводиться в умовах лікарні або вдома з урахуванням клінічної форми і тяжкості перебігу. Ефективними є антибіотики пеніцилінового ряду [8-11, 15, 24, 26, 27]. Для лікування бешихи з частими рецидивами застосовують ампіцилін, лінкоміцин, антибіотики з групи цефалоспоринов, фторхінолони, при їх несприйнятливості – фуразолідон, бактрим. Курс лікування триває 8-10 днів. Якщо зберігаються залишкові явища хвороби, то через 7-10 днів проводять повторне лікування іншим антибіотиком [5]. Використання сульфаніламідних препаратів зараз представляє лише історичний інтерес [8-11, 15]. Антигістамінні препарати.

Хворим з рецидивною бешихою та проявами лімфостазу на фоні антибіотикотерапії призначають преднізолон по 30 мг на добу з поступовим зниженням дози або його аналог; нестероїдні протизапальні препарати, засоби для зменшення проникності капілярів, імуностимулятори; при вираженій інтоксикації – дезінтоксикаційна терапія.

При бульозній формі бешихи підрізають пухирі і накладають пов'язку з розчином риванолу, фурациліну, етакридину лактату.

З антибіотиків використовують стрептоміцин [8-10], тетрациклін [21-27], еритроміцин [21-23], біцилін, тераміцин, синтоміцин, левоміцетин [8-11, 15].

К.С. Плочев та співавт. [13] рекомендують даптоміцин внутрішньовенно крапельно 4 мг/кг/добу. Значні успіхи в лікуванні бешихи вушної раковини відмічаються після опромінювання ураженої поверхні УФ-променями в суберитемних дозах і особливо при проведенні комплексної терапії із антибіотиками чи сульфаніламідними препаратами [17]. З великим успіхом застосовують ультрафонофорез, лазеротерапію [17].

Місцево у минулому рекомендували обгортання вушної раковини марлею, змоченою боровською рідиною наполовину з 3 % розчином борної кислоти, змазування індиферентними чи протизапальними (іхтіолова) мазями. Деякі автори [28] вважають, що засоби місцевого впливу у вигляді змазування почервонілих країв спиртовим розчином, розчином йоду, застосування іхтіолової мазі, примочок або компресів з боровською рідиною, спирту, резорцину та ін. не дають ефекту. Ці автори рекомендують застосовувати мазі типу левосину. Вологі пов'язки протипоказані.

Чим раніше розпочате лікування, тим зазвичай швидше настає одужання. Важливе значення мають ретельний догляд, висококалорійна молочно-рослинна дієта з великим вмістом вітамінів. Необхідний ліжковий режим.

Наслідки бешихи залежать від тяжкості процесу і стану організму хворого, його імунних сил, наявності чи відсутності супутніх захворювань і від своєчасно розпочатого лікування [8-11, 15]. Бешиха вушної раковини в легких випадках закінчується одужанням через 3-4 дні, а в тяжких – може прийняти затяжний характер з періодичними затиханнями і загостреннями процесу [8-11, 15].

До **ускладнень** бешихи вушної раковини можна віднести розвиток гострого середнього отиту, так званого бешихового середнього отиту [10, 12-14]. Описаний (Бецольд, 1960) смертельний наслідок в результаті розвитку менінгіту при розповсюдженні первинної бешихи вушної раковини на волосисту частину голови тепер не спостерігається.

Рецидиви. Бешиха вушної раковини схильна до рецидивів [8-10, 14, 19, 22-26], особливо при хронічній екземі, дерматитах зовнішнього вуха [19].

Прогноз при бешихі вушної раковини цілком сприятливий. Зазвичай за 2-3 дні від початку лікування епідерміс починає злущуватись і бешихове запалення припиняється. У стаціонарних і ам-

булаторних умовах можливий контакт хворих зі здоровими людьми, що становить небезпеку зараження останніх бешихою, особливо післяопераційних хворих із захворюваннями носа, носової частини горла, ротоглотки [19]. Однак при належному догляді медичного персоналу за хворими на бешиху хвороба для оточуючих безпечна.

Профілактика бешихи не відрізняється від профілактики перихондриту вушної раковини [22-26]. Вона включає заходи, скеровані на запобігання захворюванню бешихою і забезпечення уникнення зараження від хворого на бешиху, тобто профілактику контактної інфекції.

Основна увага повинна приділятися запобігання травмам шкіри вушної раковини [10, 12-14, 22-26]. Для профілактики бешихи необхідно своєчасно обробляти травми, отримані на виробництві, в побуті [8-10, 12-14]. У разі травми вушної раковини, не треба нехтувати правилами асептики, а якомога раніше накласти шви [22-26]. Необхідно дотримуватись правил особистої гігієни [12-14]. Уникнення ж контактного інфікування оточуючих хворого бешихою людей визначається ізоляцією цих хворих і дотриманням правил асептики при догляді за ними [8-10, 27].

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що бешиха на вушній раковині може бути первинною і вторинною. Етіологічним чинником цього захворювання частіше служить β -гемолітичний стрептокок, рідше приєднується стафілокок. Клінічні прояви бешихи вушної раковини різноманітні. Діагностика в типових випадках не представляє труднощів. Диференціюють з перихондритом вушної раковини, еритемами, дерматитами. Для лікування застосовують антибіотики і сульфаніламідні препарати, а також фізіотерапевтичні методи. Ускладнення бувають рідко. Рецидиви також рідкісні. Прогноз сприятливий. Профілактичні заходи слід скеровувати на запобігання захворюванню бешихою і профілактику контактної інфекції.

Література

1. Гладков А.А. Болезни носа, горла и уха / А.А. Гладков. – М.: Медицина, 1973. – С. 309-310.
2. Зарицький Л.А. Хвороби вуха, носа, горла / Л.А. Зарицький. – К.: Вища школа, 1974. – С. 45-46.
3. Пальчун В.Т. Болезни уха, горла, носа / В.Т. Пальчун, И.А. Преображенский. – М.: Медицина, 1978 – С. 281-282.
4. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова. – К.: Здоров'я, 2002. – Т. 2. – С. 581-594.
5. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М.А. Андрейчина. – Тернопіль: ТДМУ, «Укрмедкнига», 2007. – С. 28-33.

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

6. Сімейна медицина / За ред. В.Б. Гоцинського, Є.М. Стародуба. – Тернопіль: ТДМУ, «Укрмедкнига», 2005. – С. 685-687.

7. Евдощенко Е.А. О классификации воспалительных заболеваний наружного уха / Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – № 6. – С. 10-12.

8. Марина С.С. Еризипел / С.С. Марина, Г.К. Киров. – София: КОМПЮТЪР АРТ – Бояджиев, 1992. – 112 с.

9. Черкасов В.Л. Рожа / В.Л. Черкасов. – Л.: Медицина, 1986. – 200 с.

10. Фролов В.М. Патогенез и диагностика рожистой инфекции / В.М. Фролов, В.Е. Рычнев. – Воронеж: Изд-во ВГМИ, 1986. – 160 с.

11. Гальперин Э.А. Рожа / Э.А. Гальперин, Р.Р. Рыскинд. – М.: Медицина, 1976. – 176 с.

12. Николов В.В. Микробная экзема наружного уха / В.В. Николов, И.Х. Юнгарева, С.С. Марина // Материалы 16-ого Международного медицинского конгресса студентов и молодых учёных 23–25.04.2012. – Тернополь: Укрмедкнига, 2012. – С. 79.

13. Плочев К.С. Лікування хворих на бешиху даптоміцином / К.С. Плочев, Г.Т. Попов, В.В. Ніколов // Інфекційні хвороби. – 2010. – № 2. – С. 54-56.

14. Юнгарева И.Х. Терапия на еризипела / И.Х. Юнгарева, В.В.Николов, С.С. Марина // GP News. – София, 2011. – № 9 (136). – С. 26-30.

15. Bacterial skin and soft tissue infection / [L. Tognetti, C. Martinelli, S. Berti et al.] // JEADV. – 2012. – V. 26. – P. 931-941.

16. Береговий Д.Д. Дерматит вушної раковини і зовнішнього слухового ходу / Д.Д. Береговий, В.В.Ніколов, Г.С. Протасевич // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – №3-с – С. 22.

17. Комплексное лечение рожи с использованием физических методов и физико-химических методов / А.В. Гейниц, В.А. Дербенев, М.П. Толстых, К.Е. Воронцов /. – М.: Научный мир, 2005. – 104 с.

18. Николов В.В. Дифференциальная диагностика рожи и кожных заболеваний / В.В. Николов, И.Х. Юнгарева, С.С. Марина // Матеріали 16 Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих вчених 23-25.04.2012. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. – С. 80.

19. Николов В.В. Дифференциальная диагностика рожи и хирургических заболеваний / В.В. Николов, И.Х. Юнгарева, С.С. Марина // Там само. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. – С. 81.

20. Ki V. Bacterial skin and soft tissue infections in adults / V. Ki, C. Rotstein // Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol. – 2008. – Vol. 19. – P. 173-184.

21. May A.K. Skin and soft tissue infections / A.K. May // Surg. Clin. N. Am. – 2009. – Vol. 89. – P. 403-420.

22. Pretorius J. Skin and soft tissue infections / J. Pretorius // CME. – 2010. – Vol. 28. – P. 265-269.

23. Dryden M.S. Skin and soft tissue infections / M.S. Dryden // Int. J. Antimicrob. Agents. – 2009. – Vol. 34. – P. 2-7.

24. Swarz M.N. Cellulitis / M.N. Swarz // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 350. – P. 904-912.

25. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія / А.А. Лайко. – К.: Логос, 2008. – С. 188-189.

26. До питання місцевого лікування дифузного зовнішнього отиту / [А.П. Ковалик, В.В. Ніколов, Н.С. Гілейко та ін.] // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 3-с. – С. 103-104.

27. Николов В.В. Локальное лечение рожи / В.В. Николов, И.Х. Юнгарева, С.С. Марина // Материалы 16-ого Международного медицинского конгресса студентов и молодых учёных 23-25.04.2012. – Тернополь: Укрмедкнига, 2012. – С. 79.

28. Лайко А.А. Дитяча амбулаторна оториноларингологія / А.А. Лайко, Д.І. Заболотний. – К.: Логос, 2005 – С. 62-63.

ERYSIPELAS OF AURICLE

Yu.M. Andreychyn, H.S. Protasevych, I.S. Ishchuk, V.V. Nikolov

SUMMARY. *The literature datas about etiology, clinical aspects, diagnostics, differential diagnostics, treatment, results, complications, relapses, prediction and prophylaxis of auricle erysipelas are described.*

Key words: *erysipelas, auricle.*

Отримано 4.10.2012 р.

© Малий В.П., Віннікова Н.В., 2012
УДК 616.936

В.П. Малий, Н.В. Віннікова

PLASMODIUM KNOWLESI – П'ЯТИЙ МАЛЯРІЙНИЙ ПАРАЗИТ ЛЮДИНИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено огляд літератури про малярію людини, спричинену 5-м видом плазмодіїв – Plasmodium

knowlesi, що зазвичай уражає макак. Висвітлено сучасні дані про епідеміологію, патогенез, особливості